

хода фармацевтической промышленности Республики Беларусь на принципы надлежащей производственной практики [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Республики Беларусь, 6 октября 2002 г., № 1437. – Режим доступа: <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=C20201437>. – Дата доступа: 10.12.2019.

4. Производство лекарственных средств. Порядок подготовки помещений и оборудования: ТКП 096-2007 (09140). – Минск : М-во здравоохранения Респ. Беларусь, 2007. – 44 с.

5. Надлежащая производственная практика: ТКП 030-2017 (33050). – Минск : М-во здравоохранения Респ. Беларусь, 2017. – 210 с.

6. Правовой портал [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://docs.eaeunion.org/ru-ru>. – Дата доступа: 30.12.2019.

7. Об утверждении Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016 – 2020 годы [Электронный ресурс] : Указ Президента Республики Беларусь № 466 от 15.12.2016. – Режим доступа: <http://www.pravo.by/document/?guid=3871&p0=P31600466>. – Дата доступа: 11.01.2020.

8. Об утверждении Государственной программы развития фармацевтической промышленности Республики Беларусь на 2016–2020 годы [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Республики Беларусь, 28 декабря 2015 г.,

№ 1096. – Режим доступа: http://nasb.gov.by/rus/activities/research/2016/farm_2016-2020.pdf. – Дата доступа: 11.01.2020.

9. О лекарственных средствах [Электронный ресурс]: Закон Республики Беларусь от 20 июля 2006 г. № 161-З. – Режим доступа: https://belzakon.net/Законы/Закон_РБ_О_лекарственных_средствах. – Дата доступа: 10.01.2020.

10. Medmarket Web [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://pharm.by/Home/Index>. – Дата доступа: 12.01.2020.

11. Реестры УП «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rceth.by/Refbank>. – Дата доступа: 12.01.2020.

12. Государственное предприятие «НПЦ Лотиос» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://lotios.by/razrabotka-produkcii>. – Дата доступа: 22.12.2019.

13. Министерство здравоохранения Республики Беларусь. Наука [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/nauka/index.php>. – Дата доступа: 26.12.2019.

Адрес для корреспонденции:

210009, Республика Беларусь,
г. Витебск, пр. Фрунзе, 27,
УО «Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет»,
кафедра организации и экономики
фармации с курсом ФПК и ПК,
тел. раб.: 8 (0212) 60 14 08,
Ржеусский С. Э.

Поступила 07.02.2020 г.

УДК 615.857:615.2

Е. Н. Тарасова, А. В. Шульмин, В. В. Кугач

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПРИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

**Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь**

Статья посвящена проблемам фармацевтического консультирования посетителей аптек при головной боли (ГБ). Приведена классификация и краткая характеристика ГБ. Представлено описание угрожающих симптомы ГБ, требующих немедленного обращения к врачу. Описаны свойства лекарственных средств (ЛС), используемых для лечения ГБ. Особое внимание уделено предупреждению нежелательных последствий и консультативной работе провизора при лечении ГБ. Дана характеристика ассортимента

та зарегистрированных в Республике Беларусь безрецептурных ЛС для купирования приступов ГБ по фармакотерапевтическим группам анатомо-терапевтическо-химической классификационной системы, торговым наименованиям, лекарственным формам. Для исследуемых фармакотерапевтических групп и лекарственных форм установлено наличие лекарственных средств белорусских производителей.

Ключевые слова: головная боль, классификация, лекарственные средства, фармацевтическое консультирование.

ВВЕДЕНИЕ

ГБ является актуальной проблемой современности. Глобальное онлайн-исследование Nielsen, в котором приняли участие более 26 тысяч интернет-пользователей из 47 стран, определило ГБ как самое распространенное недомогание в мире [1].

ГБ является одним из наиболее часто встречающихся симптомов, с которыми население обращается в аптеку. В России лишь 17 % людей, страдающих от ГБ, обращаются к врачу [1]. При выборе средства для избавления от ГБ российские потребители предпочитают приобрести безрецептурный препарат в аптеке (48 %), воспользоваться ЛС из домашней аптечки (45 %) или народным средством (36 %). Причем 56 % опрошенных россиян при выборе препарата от ГБ руководствуются рекомендациями фармацевтического работника аптеки [2].

Аналогичная ситуация с лечением ГБ складывается и в других странах мира. Масштабное эпидемиологическое исследование MAZE, включившее данные по Великобритании, Франции, Германии, Италии и США, выявило, что только 48 % пациентов с разновидностью ГБ – мигренью – обращаются к врачу. При этом 32 % опрошенных отметили, что не нуждаются в консультации врача, поскольку безрецептурные анальгетики достаточно эффективно позволяют купировать приступ ГБ, а 28 % не видят необходимости в специальном лечении мигрени [3]. В некоторых странах (Пакистан) 81,7 % страдающих ГБ не обращались к врачу и сами назначали себе лечение, при этом 84,7 % из них утверждали, что такой подход их устраивает [4]. В Северной Корее менее половины (40,7 %) пациентов с ГБ консультировались у врача и 40,7 % не получали лечение [5].

Исследование, проведенное в Республике Беларусь, показало, что около 80 % населения при ГБ обращается прежде

всего в аптеку, а не к врачу. При этом медицинские работники считают, что ГБ напряжения может лечиться самостоятельно [6].

В ряде стран мира утверждается перечень симптомов, при которых допускается самостоятельный прием безрецептурных ЛС при консультативной помощи провизора. Одним из таких нарушений самочувствия является ГБ [7]. В соответствии с законодательством Республики Беларусь [8], ряд ЛС, используемых для лечения ГБ, разрешены к отпуску без рецепта врача.

Причины ГБ разнообразны, что обуславливает и соответствующий выбор ЛС. Это необходимо учитывать работнику первого стола аптеки при оказании фармацевтической помощи такой категории пациентов.

Цель настоящего исследования – дать характеристику особенностей фармацевтического консультирования посетителей аптек при головной боли.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объект исследования – фармацевтическое консультирование.

Предметы исследования – головная боль, ее классификация и характеристика; перечень лекарственных средств, реализуемых без рецепта врача [8], Государственный реестр лекарственных средств Республики Беларусь [9], инструкции по применению ЛС.

Анализ ассортимента проводили по критериям: анатомо-терапевтическо-химическая (АТХ) классификация, международное непатентованное наименование (МНН), торговое наименование, состав, лекарственная форма, производитель, показания и противопоказания к применению.

В работе использовали методы исследования: эмпирические (сравнения, группировки, контент-анализ), комплексно-комбинированные (анализ и синтез) [10].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Характеристика и классификация головной боли

Выделяют первичную ГБ (ГБ напряжения, мигрень и тригеминально-автономные цефалгии, в т.ч. кластерную ГБ) и вторичную ГБ (вызванную артериальной гипертензией и артериальной гипотензией, инфекционную, аллергическую, абзусную, риногенную, связанную с нарушениями гормонального фона, и др.) [11].

Распространенность *ГБ напряжения* в течение жизни в общей популяции, по данным различных исследований, варьируется от 30 до 78 % [12]. ГБ напряжения обычно двусторонняя, имеет сжимающий или давящий неп пульсирующий характер, часто по типу «обруча» или «каска», легкой или умеренной интенсивности. Приступы не зависят от физической нагрузки. При этом отсутствует тошнота, рвота, непереносимость дневного света, звуков, запахов. Возникает или усиливается боль на фоне эмоциональных переживаний, тревоги, стресса. Уменьшается при положительных эмоциях и в состоянии психологического расслабления. Большинство пациентов во время эпизода ГБ напряжения сохраняют способность работать и выполнять свои обычные обязанности. Исключение составляет хроническая форма ГБ напряжения, при которой наблюдаются несильные, но практически ежедневные тупые ГБ, существенно снижающие работоспособность и качество жизни пациентов. При этом нет нарушений в других системах организма [12–15].

Мигрень – внезапная приступообразная, пульсирующая и возвращающаяся боль, охватывающая только одну часть головы или какое-то специфическое место – висок или глаз. Для нее характерно возникновение чувства приближения приступа («ауры») за 10–12 минут до его начала: вспышки света перед глазами, искажение контура предметов, затуманивание зрения. Приступ достигает максимума за промежуток времени от 1 до 6 ч, а затем в течение 24 ч медленно исчезает. Часто сопровождается рвотой, тошнотой, светобоязнью, раздражительностью или недомоганием. Обычная физическая нагрузка (подъем по лестнице) усиливает боль [12–14].

Кластерная, или пучковая ГБ, наря-

ду с ГБ напряжения и мигренью, также относится к первичным формам ГБ, но является относительно редким заболеванием по сравнению с вышеуказанными. Как правило, возникает у мужчин в возрасте 20–30 лет. Характеризуется болью серий приступов очень интенсивной строго односторонней боли, локализуемой вокруг глаза, в надбровной, височной или в нескольких из этих областей. Боль начинается внезапно, нарастает и достигает максимума через 10–15 мин, сохраняется на протяжении 30–45 мин (в среднем), затем постепенно самопроизвольно проходит. Сопровождается также типичными вегетативными симптомами: слезотечением, покраснением конъюнктивы, отеком века, заложенностью носа или ринореей [14].

При повышенном артериальном давлении наблюдается утренняя сильная пульсирующая боль в затылочной или лобно-височной области. Она усиливается после физической нагрузки, при поворотах головы, шумовых воздействиях. Нередко сопровождается рвотой, тошнотой и головокружением, нарушением сознания. Наблюдаются отеки лица после пробуждения, одутловатость век и мешки под глазами. Нормализация артериального давления приводит к исчезновению данного вида ГБ.

ГБ при *артериальной гипотензии* чаще всего беспокоит по утрам. Локализуется в затылочной области и характеризуется как «тяжесть». Сопровождается общей слабостью, головокружением, обмороками, ноющими и колющими болями в левой половине грудной клетки, учащенным сердцебиением, нехваткой воздуха, чувством тревоги, онемением конечностей и языка. Для пациента характерен определенный внешний вид: бледное лицо, тени под глазами, синюшный оттенок кистей рук [16].

ГБ *при системных инфекциях* не является основным симптомом и зачастую сочетается с другими (озноб, повышенная температура тела, боль в глазах). Распирающая, давящая боль в лобной части головы, возле висков и надбровных дуг умеренная или слабая по интенсивности. Боль в суставах и мышцах; гиперемия и одутловатость лица, инфицированность склер, возможно наличие геморрагической сыпи [17].

Аллергия, приводящая к возникновению ГБ, является, как правило, сезонной

или пищевой. В данном случае боль охватывает всю голову, тупая и пульсирующая, не всегда сильная. Сопровождается заложенностью носа, чиханием, зудом и кожными высыпаниями, слезотечением, отеком в месте внедрения аллергена, отеком слизистых дыхательных путей и околоносовых пазух [18].

Угрожающие симптомы при головной боли

При обращении посетителя в аптеку с ГБ провизору-рецептару в первую очередь необходимо дифференцировать симптомы, требующие немедленного обращения к врачу, и симптомы, при которых возможно самостоятельное лечение ГБ [19–21].

К угрожающим симптомам при ГБ относятся:

- ГБ, сочетающаяся с лихорадкой, ригидностью затылочных мышц, неспособностью прижать подбородок к груди;

- ГБ, начинающаяся внезапно, очень сильная, часто сопровождающаяся потерей сознания;

- постоянная, неуклонно прогрессирующая ГБ;

- ГБ, усиливающаяся при чихании, кашле, наклонах; распирающего характера, ощущение «давления изнутри-наружу»;

- боль, сопровождающаяся повышенной чувствительностью к громким звукам, яркому свету, повышенной раздражительностью;

- боль, сопровождающаяся ощущением сдавления, тошнотой, потемнением в глазах, «мушками» перед глазами;

- ГБ, сочетающаяся с краснотой и болезненностью глаз;

- ГБ, сочетающаяся с болями в области сердца;

- ГБ пульсирующего характера;

- ГБ сопровождается потерей (снижением) чувствительности в конечностях [22, 23].

Важно идентифицировать и случаи ГБ, когда пациент ни разу не посещал врача, а ГБ носит регулярный характер и (или) негативную динамику нарастания симптомов. В таких ситуациях провизор должен настоятельно рекомендовать посетителю аптеки обратиться за врачебной помощью. При угрожающих симптомах для купирования приступа ГБ провизор может реализовать ему безрецептурное ЛС [24].

Самостоятельное применение ЛС для купирования приступов головной боли. Предупреждение нежелательных последствий

Ассортимент безрецептурных ЛС, применяемых при различных видах боли, разнообразен; их выбор определяется характером и интенсивностью болевого синдрома [8, 11].

Купирование приступов ГБ напряженной осуществляется приемом анальгетиков и нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), широко представленных в перечне безрецептурных ЛС подгруппой N02B (прочие анальгетики-антипиретики), M01A (нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства) АТХ – классификационной системы. Ассортимент безрецептурных анальгетиков подгруппы N02 В представлен в основном ацетилсалициловой кислотой, метамизолом натрия, парацетамолом как в виде монопрепаратов, так и их комбинаций с другими ЛС. Возможно также применение безрецептурных НПВС подгруппы M01A: диклофенака, ибупрофена, кеторолака и др. При часто повторяющихся приступах эпизодической ГБ напряжения и при ее хронической форме нельзя постоянно применять данные ЛС, так как они могут быть причиной развития абзусной ГБ, вызванной злоупотреблением ЛС [14, 15].

При реализации без рецепта врача анальгетиков и НПВС работнику первого стола аптеки необходимо учитывать группы пациентов с повышенным риском развития побочных реакций [19, 21].

Среди безрецептурных НПВС и ненаркотических анальгетиков имеются ЛС, разрешенные к применению в возрасте 1–2 месяца. Однако консультировать посетителя аптеки при выборе ЛС для пациента до 3-х лет необходимо с осторожностью и рекомендовать обратиться к врачу. При вирусных заболеваниях у детей до 12 лет противопоказана к применению ацетилсалициловая кислота [25]. Также к повышенной группе риска развития побочных реакций относятся лица старше 60 лет [26]. По данным ВОЗ, в среднем у одного пациента старше 60 лет выявляется до 4–5 заболеваний, что увеличивает потребление различных ЛС и вероятность лекарственного взаимодействия. Поэтому риск возникновения побочных реакций у пациентов старше 60 лет в 2–3 раза выше, чем у

лиц молодого и среднего возраста [27].

Беременным женщинам также следует рекомендовать обратиться к врачу, так как применение ЛС должно быть лишь в случае, если ожидаемая польза превышает возможный риск для плода. Сведения о безопасности использования НПВС у данной категории пациентов бывают недостаточными. При этом существуют препараты, которые можно применять на разных сроках беременности (например, парацетамол) [28].

При выборе безрецептурных ненаркотических анальгетиков и НПВС необходимо также учитывать противопоказания: эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ); тяжелые поражения печени и почек; цитопении, коагулопатии; заболевания, сопровождающиеся аллергическими реакциями.

Факторами риска повреждения слизистой оболочки желудка являются: язвенные процессы ЖКТ в анамнезе, высокие дозы НПВС, одновременный прием глюкокортикоидов и антикоагулянтов, хроническая сердечная недостаточность (ХСН), сахарный диабет (СД) и употребление алкоголя. Риск уменьшается при назначении НПВС после еды и при их применении в малых дозах [17, 29, 30].

Нефротоксичность проявляется преимущественно при обезвоживании у пациентов старше 65 лет, при уже нарушенной функции почек, сопутствующих ХСН, артериальной гипертензии и СД. Гепатотоксичность потенциально возможна при применении любого НПВС, особенно при длительном применении в больших дозах [30, 31].

Коагулопатии (снижение свертываемости крови) нежелательны у пациентов с риском кровотечений из ЖКТ или принимающих непрямые антикоагулянты [30, 31].

Аллергические реакции при применении НПВС обычно наблюдаются у пациентов с бронхиальной астмой, атопическими реакциями в анамнезе и полипами носа. При угнетении синтеза простагландинов НПВС усиливается синтез лейкотриенов, играющих важную роль в бронхоспазме, что является основной причиной возникновения «аспириновой астмы». При аллергии на одно НПВС противопоказаны и все другие [32].

Кроме учета вышеперечисленных фак-

торов для снижения риска возникновения побочных реакций возможно одновременное с НПВС применение ЛС, защищающих слизистую оболочку ЖКТ. Некоторые из них также разрешены к безрецептурному отпуску: омепразол, ранитидин, фамотидин, сукральфат – все из группы A02B (противоязвенные средства и средства, применяемые при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни) [8, 31, 33].

Часто пациенты, использующие НПВС, применяют и другие ЛС. Обязательно следует учитывать возможность их взаимодействия друг с другом. НПВС могут усиливать действие не прямых антикоагулянтов и пероральных гипогликемических средств. Они ослабляют эффект антигипертензивных ЛС, повышают токсичность антибиотиков-аминогликозидов, дигоксина [27, 29]. Следует, по возможности, избегать одновременного применения НПВС и диуретиков из-за ослабления диуретического эффекта, с одной стороны, и риска развития почечной недостаточности – с другой [29].

Лечение *мигрени* назначается врачом-неврологом индивидуально каждому пациенту и позволяет существенно уменьшить частоту, продолжительность и силу приступов и значительно повысить качество жизни пациента. К реализации без рецепта врача разрешены триптаны (золмитриптан, суматриптан, фроватриптан), которые предназначены для купирования приступов мигрени с аурой и без, в том числе менструально-ассоциированной мигрени. Данные ЛС рекомендуется принять как можно раньше, в период ауры, если она наблюдается. Если симптомы не исчезают, вторую таблетку не следует принимать. В этом случае используют парацетамол, ацетилсалициловую кислоту и другие НПВС [34–37].

Триптаны не следует использовать с целью профилактики мигрени. Их применяют только в качестве монотерапии. Совместное применение триптанов и ЛС, содержащих эрготамин, противопоказано из-за теоретического риска коронарного ангиоспазма. Поэтому у посетителя аптеки, приобретающего триптаны без рецепта врача, провизор должен уточнить о других используемых ЛС [38].

Триптаны также используются для купирования *кластерной ГБ*. Для предотвращения атак данного вида боли и

уменьшения продолжительности кластерного периода ЛС нужно применять ежедневно в течение всего болевого пучка [39].

Для лечения *вторичной ГБ* кроме ЛС, обладающих анальгетическим действием, могут использоваться также ЛС, включенные в следующие подгруппы АТХ-классификационной системы: А13 (общетонизирующие средства), С07 (бета-адреноблокаторы, бета-адреноблокаторы в комбинации), С08С (блокаторы кальциевых каналов), С09А (ингибиторы ангиотензин-І-превращающего фермента), С09В (ингибиторы ангиотензин-І-превращающего фермента в комбинации с другими средствами), N06В (психостимуляторы и ноотропы), R06 (антигистаминные ЛС для системного применения).

Лечение *артериальной гипертензии* должно назначаться врачом с учетом индивидуальных особенностей пациента. При ГБ, обусловленной указанным заболеванием, могут быть использованы безрецептурные ЛС, включенные в подгруппы С07 (бета-адреноблокаторы), С08С (селективные блокаторы кальциевых каналов с преимущественным влиянием на сосуды), С09А (ингибиторы ангиотензин-І-превращающего фермента), С09В (ингибиторы ангиотензин-І-превращающего фермента в комбинации с другими средствами). К ним относятся: ателолол, метопролол, пропранолол; амлодипин, нифедипин; каптоприл, лизиноприл, эналаприл; каптоприл / гидрохлортиазид, лизиноприл / амлодипин, лизиноприл / гидрохлортиазид, эналаприл / гидрохлортиазид [8].

При лечении ГБ у пациентов с *артериальной гипотензией* применяются ЛС, направленные на коррекцию астенических

проявлений: общетонизирующие ЛС (А13) и кофеин бензоат-натрия (N06В), которые могут быть реализованы из аптек без рецепта врача.

При лечении *системных инфекций, аллергии* кроме этиотропных средств (противовирусных, антибактериальных, иммуномодулирующих; антигистаминных, гормональных и др.) для симптоматического лечения ГБ также широко используются НПВС и анальгетики [18].

Учитывая, что в большинстве случаев симптомы ГБ купируются приемом анальгетиков и НПВС, важно было изучить ассортимент безрецептурных ЛС для лечения ГБ в Республике Беларусь.

Ассортимент безрецептурных лекарственных средств для лечения головной боли в Республике Беларусь

В перечне ЛС, реализуемых без рецепта врача [8], ЛС для лечения ГБ представлены подгруппами N02В (прочие анальгетики-антипиретики) и M01А (нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства).

Безрецептурных анальгетиков подгруппы N02В в Республике Беларусь зарегистрировано 71 торговое наименование (с учетом различных лекарственных форм и производителей), что соответствует 3МНН (ацетилсалициловая кислота, метамизол натрия, парацетамол) и их комбинациям с другими действующими веществами. Большая часть представлена комбинированными ЛС – 50 наименований (70,4%). 32 наименования из 71 ЛС выпускается белорусскими производителями (45,0%) (таблица 1).

Безрецептурные анальгетики выпускаются в виде 9 лекарственных форм.

Таблица 1. – Ассортимент безрецептурных анальгетиков подгруппы N02В, зарегистрированных в Республике Беларусь

№	МНН	Количество торговых наименований					
		Монопрепараты			Комбинированные ЛС		
		Отечественного производства	Зарубежного производства	Всего	Отечественного производства	Зарубежного производства	Всего
1	Ацетилсалициловая кислота	2	4	6	2	5	7
2	Метамизол натрия	4	1	5	2	7	9
3	Парацетамол	1	9	10	21	13	34
Итого:		7	14	21	25	25	50

Большинство – таблетки (32 наименования, 45,1 %) и порошок для приготовления раствора для внутреннего применения (22 наименования, 31,0 %). На белорусском фармацевтическом рынке присутствуют также суппозитории (5 наименований, 7,0 %), капсулы, растворы для инъекций, гранулы, сироп, суспензия, раствор для приема внутрь (всего 12 наименований, 16,9 %).

Отечественными производителями выпускаются 5 из 9 лекарственных форм: порошок для приготовления раствора для

внутреннего применения (15 наименований из 22, 68,2 %), таблетки (11 наименований из 32, 34,4 %), капсулы (3 наименования из 4, 75,0 %), раствор для инъекций (2 наименования из 4, 50 %), гранулы (1 наименование только белорусского производства). Из 32 наименований таблеток, представленных на рынке, 8 – таблетки шипучие, все зарубежного производства. Среди исследуемых безрецептурных ЛС отсутствуют также отечественные суппозитории, сироп, суспензия, раствор для внутреннего применения (таблица 2).

Таблица 2. – Лекарственные формы безрецептурных анальгетиков, зарегистрированных в Республике Беларусь

№	Лекарственная форма	Количество торговых наименований ЛС		Всего
		Отечественного производства	Зарубежного производства	
1	Порошок для приготовления раствора для внутреннего применения	15	7	22
2	Таблетки	11	21	32
3	Капсулы	3	1	4
4	Раствор для инъекций	2	2	4
5	Гранулы	1	-	1
6	Суппозитории	-	5	5
7	Сироп	-	1	1
8	Суспензия	-	1	1
9	Раствор для внутреннего применения	-	1	1
Итого:		32	39	71

Основными показаниями для назначения НПВС подгруппы M01A являются воспалительные и дегенеративные заболевания суставов и позвоночника. Однако большинство данных ЛС применяется также при ГБ, в том числе эффективны при лечении приступов мигрени [34–37, 40]

В соответствии с законодательством Республики Беларусь, без рецепта врача реализуется 15 МНН исследуемых НПВС, что соответствует 134 торговым наименованиям с учетом различных лекарственных форм и производителей. Наиболее разнообразно представлены в ассортименте ибупрофен (22 наименования, 16,4 %), декскетопрофен (21 наименование, 15,7 %), диклофенак (18 наименований, 13,4 %), мелоксикам (18 наименований, 13,4 %), кетопрофен (11 наименований, 8,2%). За исключением лорноксикама, изучаемые МНН выпускаются белорусскими производителями.

Большинство изучаемых НПВС произ-

водят в виде монопрепаратов (126 наименований, 94 %).

Безрецептурные НПВС, которые могут быть использованы для лечения ГБ, представлены в виде 7 лекарственных форм. Наибольшую долю составляют таблетки (66 наименований, 49,3%) и инъекционные лекарственные формы (33 наименования, 24,6 %). Зарегистрированы также капсулы (8 наименований, 6,0 %), суппозитории (8 наименований, 6,0 %), суспензии (7 наименований, 5,2 %), порошок и гранулы для приготовления суспензии (раствора) для внутреннего применения (по 6 наименований, 8,9 %).

При этом все лекарственные формы выпускаются отечественными производителями. Почти все ЛС белорусских производителей присутствуют в виде лекарственных форм для внутреннего применения, за исключением кетопрофена. В меньшей степени представлены суппозитории (1 наименование из 8, 12,5 %). В большей

степени – таблетки (28 наименований из 66, 42,4 %), инъекционные лекарственные формы (14 наименований из 33, 42,4 %) и порошки для приготовления суспензии (раствора) для внутреннего применения (5 наименований из 6, 83,3 %) (таблица 3).

Из безрецептурных триптанов (N02C, противомигренозные средства), использу-

емых для купирования приступов мигрени и кластерной ГБ, в Республике Беларусь зарегистрированы 3 МНН ЛС: золмитриптан, суматриптан, фроватриптан, что соответствует 7 торговым наименованиям. Лекарственная форма – таблетки. Суматриптан выпускается в том числе белорусскими производителями (3 наименования из 5, 60 %).

Таблица 3. – Лекарственные формы безрецептурных НПВС, зарегистрированных в Республике Беларусь

№	Лекарственная форма	Количество торговых наименований ЛС		Всего
		Отечественного производства	Зарубежного производства	
1	Таблетки	28	38	66
2	Лекарственные формы для инъекций	14	19	33
3	Порошок для приготовления для внутреннего применения	5	1	6
4	Капсулы	4	4	8
5	Суспензия	3	4	7
6	Гранулы для приготовления суспензии (раствора) для внутреннего применения	2	4	6
7	Суппозитории	1	7	8
Итого:		57	77	134

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ГБ является наиболее часто встречающимся недомоганием в мире. Выделяют первичную (ГБ напряжения, мигрень, кластерную ГБ) и вторичную (вызванную разнообразными заболеваниями) ГБ. Различные виды ГБ имеют свои характерные особенности, которые необходимо учитывать фармацевтическому работнику при обращении населения в аптеку с данным нарушением самочувствия. Прежде всего провизор должен дифференцировать угрожающие симптомы, при которых пациенту следует незамедлительно обратиться к врачу. Кроме того, следует рекомендовать пациенту обратиться к врачу при появлении симптомов впервые, их рецидивировании, сохранении на протяжении нескольких дней при адекватном принятии мер. При этом для оказания экстренной помощи может отпущаться ЛС.

В большинстве случаев для купирования приступов ГБ могут быть использованы безрецептурные анальгетики и НПВС. Работнику аптеки при их реализации населению необходимо учитывать группы повышенного риска развития побочных реакций. К ним относятся возраст пациента и

наличие противопоказаний (бронхиальная астма; эрозивно-язвенные поражения ЖКТ; заболевания печени, почек; заболевания, обусловленные нарушениями в системе свертывания крови). Необходимо обратить внимание потребителя на непродолжительное использование данных ЛС, прием их после еды, исключение алкоголя и на возможные клинически значимые взаимодействия с другими ЛС. При необходимости могут быть рекомендованы ЛС, используемые для защиты слизистой оболочки желудка из группы A02B (противоязвенные средства и средства, применяемые при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни). При реализации триптанов для купирования приступов мигрени внимание пациентов обращается на их применение во время аур; в случае неэффективности – на использование анальгетиков и НПВС.

В Республике Беларусь зарегистрировано 71 торговое наименование (3 МНН) безрецептурных анальгетиков (подгруппа N02B) с учетом лекарственных форм и производителей. Из них 32 наименования (45,0 %) выпускаются белорусскими производителями. 50 наименований (70,4 %) производятся в виде комбинированных ЛС. Безрецептурные анальгетики пред-

ставлены в виде 9 лекарственных форм, большинство из которых – таблетки и порошки для приготовления раствора для внутреннего применения.

Зарегистрировано 134 торговых наименования (15 МНН) в виде 7 лекарственных форм НПВС, которые могут быть использованы при ГБ без рецепта врача (подгруппа M01A). Все МНН выпускаются отечественными производителями. Из них 126 наименований, 94 % – монопрепараты. Наибольшую долю составляют таблетки (66 наименований, 49,3 %) как отечественного, так и зарубежного производства.

Среди триптанов без рецепта врача реализуются 7 торговых наименований (3 МНН). Из них 3 (1 МНН) – отечественного производства.

SUMMARY

E. N. Tarasova, A. V. Shulmin, V. V. Kuhach
FEATURES OF PHARMACEUTICAL
CONSULTING IN HEADACHE

The article is devoted to the problems of pharmaceutical consulting of customers having a headache at the pharmacies. The classification and brief characteristics of headache are given. The description of the threatening symptoms of headache requiring immediate medical attention is presented. The properties of drugs used to treat headache are described. Particular attention is paid to the prevention of undesirable consequences and the advisory work of a pharmacist in the treatment of headache. The characteristic of over-the-counter drugs assortment registered in the Republic of Belarus for the rapid relief of headache attacks according to the pharmacotherapeutic groups of the anatomical-therapeutic-chemical classification system, trade names, dosage forms is given. For the pharmacotherapeutic groups and dosage forms studied the presence of drugs of Belarusian manufacturers was established.

Keywords: headache, classification, drugs, pharmaceutical consulting.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальное исследование Nielsen [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.advertology.ru/article50276.htm>. – Дата доступа: 10.05.2020.
2. Головная боль как медико-социальная проблема (обзор литературы) /

А. В. Кондратьев [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. – № 9(2). – С. 83–88.

3. MacGregor, E. A. Migraine prevalence and treatment patterns: the global migraine and zolmitriptan evaluation survey / E. A. MacGregor, J. Brandes, A. Eikermann // Headache. – 2003. – Vol. 43. – P. 19–26.

4. Self-management of headache: a cross-sectional survey in the General Public of Islamabad / S. S. Ghuman [et al.] // J. Pak. Med. Assoc. – 2013. – Vol. 63, № 9. – P. 1210–1214.

5. Chronic daily headache in Korea: prevalence, clinical characteristics, medical consultation and management / J.W. Park [et al.] // J. Clin. Neurol. – 2014. – Vol. 10, № 3. – P. 236–242.

6. Кугач, В. В. О концепции ответственного самолечения в Республике Беларусь / В. В. Кугач, Е. Н. Тарасова // Вестник фармации. – 2008. – № 3. – С. 68–73.

7. Кугач, В. В. Фармацевтическое консультирование посетителей аптек / В. В. Кугач, Е. Н. Тарасова // Рецепт. – 2012. – № 3 (83). – С. 66–73.

8. Об установлении перечня лекарственных средств, реализуемых без рецепта врача: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 10 апреля 2019 г., № 27 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 23.05.2019, 8/34175.

9. Государственный реестр лекарственных средств Республики Беларусь // УП «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rceth.by/Refbank>. – Дата доступа: 10.05.2020.

10. Методы исследования, как они есть [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://nauchniestati.ru/blog/metodyissledovaniya/>. – Дата доступа: 10.05.2020.

11. Почопко, Е. С. Анализ ассортимента безрецептурных лекарственных средств, применяемых для лечения головной боли / Е. С. Почопко // Актуальные вопросы современной медицины и фармации: материалы 70-й научно-практической конференции студентов и молодых учёных (Витебск, 25–26 апреля 2018 г.). В 2 ч. Ч. 2. / под ред. А. Т. Щастного. – Витебск: ВГМУ, 2019. – С. 820–822.

12. Садоха, К. А. Головная боль напряжения: клиника, диагностика, лечение / К. А. Садоха // Медицинские новости. – 2013. – № 10. – С. 26–30.

13. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition // International Headache Society. – 2018. – Vol. 38(1). – P. 1–211.
14. Осипова, В. В. Первичные головные боли: диагностика и лечение. Методические рекомендации / В. В. Осипова. – Москва. – 2017. – 27 с.
15. Осипова, В. В. Головная боль напряжения: диагностика и терапия / В. В. Осипова // Вестник семейной медицины – 2010. – № 2. – С. 26–30.
16. Головная боль [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://unionclinic.ru/direction/18/headache>. – Дата доступа: 11.05.2020.
17. Вдовиченко, В. П. Фармакология и фармакотерапия: пособие для врачей / В. П. Вдовиченко. – Минск, «Донарит», 2014 – 880 с.
18. Аллергическая головная боль [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.e-reading-lib.com/chapter.php/1018206/18/golovnaya-bol-lechenie-i-profilaktika-tradicionnymi-i.html>. – Дата доступа: 11.05.2020.
19. Богданович, А. Б. Стандартизация реализации лекарственных средств без рецепта врача / А. Б. Богданович, Е. Н. Тарасова, В. В. Кугач // Вестник фармации. – 2007. – № 3 (37). – С. 21–26.
20. Кугач, В. В. Фармацевтическое консультирование посетителей аптек при рините и боли в горле / В. В. Кугач, Е. Н. Тарасова, В. С. Куницкий // Вестник фармации. – 2014. – № 3. – С. 15–30.
21. Тарасова, Е. Н. Консультирование провизорами населения при реализации лекарственных средств без рецепта врача: взгляд медицинских работников / Е. Н. Тарасова, В. В. Кугач // Вестник фармации. – 2008. – № 2 (40). – С. 38–46.
22. Головные боли // Внутренняя медицина [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://empendium.com/ru/>. – Дата доступа: 10.05.2020.
23. Черных, В. П. Фармацевтическая опека: курс лекций / В. П. Черных, И. А. Зупанец. – Харьков, «Фармитэк». – 2006. – 536 с.
24. Тарасова, Е. Н. Порядок реализации лекарственных средств без рецепта врача: инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 18 сентября 2007 г., № 052-0807 / Е. Н. Тарасова, В. В. Кугач, А. Б. Богданович. – Минск, 2007. – 5 с.
25. Дидковский, Н. А. Ацетилсалициловая кислота и синдром Рея [Электронный ресурс] / Н. А. Дидковский, И. К. Малашенкова, А. Н. Танасова // Русский медицинский журнал. – 2004. – № 4. – Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/pediatrica/Acetilsalicylovaya_kislota_i_sindrom_Reya/. – Дата доступа: 10.05.2020.
26. Шаров, М. Н. Применение и оценка безопасности нестероидных противовоспалительных препаратов при вертеброгенных и лицевых болевых синдромах у больных с сопутствующей соматической патологией [Электронный ресурс] / М. Н. Шаров // Лечащий врач. – 2008. – № 8. – Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2008/08/5619106/>. – Дата доступа: 10.05.2020.
27. Мамчур, В. И. Роль провизора в вопросах эффективности и безопасности при оказании помощи пациенту с болевым синдромом / В. И. Мамчур, Е. Ю. Коваленко // Клиническая фармация. – 2015. – № 2(7). – С 2–3.
28. Иванова, А. А. Нестероидные противовоспалительные средства у беременных женщин: риски развития нежелательных явлений / А. А. Иванова, А. С. Колбин // Педиатрическая фармакология. – 2011. – Том 8. – № 3. – С. 58–64.
29. Кукес, В. Г. Клиническая фармакология нестероидных противовоспалительных средств / В. Г. Кукес, Ю. Д. Игнатов, В. И. Мазуров. – М.: ГэотарМедиа, 2010. – 256 с.
30. Harirforoosh, S. Adverse Effects of Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs: An Update of Gastrointestinal, Cardiovascular and Renal Complications / S. Harirforoosh, W. Asghar, F. Jamali // Pharmacy sciences. – 2013. – Vol. 16. – №5. – P. 31–47.
31. Лоуренс, Д. Р. Клиническая фармакология: в двух томах / Д. Р. Лоуренс, П. Н. Бенитт; пер. с англ. – М.: Медицина, 2002. – 478 с.
32. Амелин, А. Клиническая фармакология нестероидных противовоспалительных средств / А. Амелин, В. Волчков. – М.: Гэотар Медиа, 2010. – 262 с.
33. Мамчур, В. И. Алгоритмы фармакологии: учебно-методическое пособие / В. И. Мамчур. – Днепропетровск: РИА «Днепр – VAL», 2011. – 224 с.
34. Сергеев, А. В. Практическое применение нестероидных противовоспа-

лительных препаратов при головных болях: обзор клинических и научных данных / А. В. Сергеев // Consilium Medicum. – 2018. – 20 (9). – С. 39–46.

35. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. Практическое руководство для врачей / Т. Дж. Стайнер [и др.]; перевод с английского Ю. Э. Азимовой, В. В. Осиповой. – Москва, ООО «ОГГИ.РП», 2010. – 56 с.

36. Скоробогатых, К. В. Сравнительная оценка эффективности комбинации суматриптана и декскетопрофена и монотерапии суматриптаном при лечении приступа мигрени / К. В. Скоробогатых, Ю. Э. Азимова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2018. – № 10(3). – С. 42–47.

37. Кадыков, А. С. Алгоритмы диагностики и лечения мигрени / А. С. Кадыков, Н. В. Шахпаронова // Атмосфера. Нервные болезни. – 2008. – № 3. – С. 23–26.

38. Орехова, О. Фармацевтическое консультирование при мигрени [Электронный ресурс] / О. Орехова // Лекобоз. – 2018. – Режим доступа: [https://lekoboz.](https://lekoboz.ru/svezhiy-nomer/lekoboz-21-22-kakie-preparaty-vyzyvayut-zavisimost-16-11-2018/farmatsevticheskoe-konsultirovanie-pri-migreni)

[ru/svezhiy-nomer/lekoboz-21-22-kakie-preparaty-vyzyvayut-zavisimost-16-11-2018/farmatsevticheskoe-konsultirovanie-pri-migreni](https://lekoboz.ru/svezhiy-nomer/lekoboz-21-22-kakie-preparaty-vyzyvayut-zavisimost-16-11-2018/farmatsevticheskoe-konsultirovanie-pri-migreni). – Дата доступа: 10.05.2020.

39. Кластерная (пучковая) головная боль (информация для пациентов) // Российское общество по изучению головной боли [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://headache-society.ru/klaster-naya-puchkovaya-golov-naya-bol/klaster-naya-puchkovaya-golov-naya-bol-informatsiya-dlya-patsientov.html>. – Дата доступа: 09.05.2020.

40. Лиля, А. М. Применение аэртала (ацеклофенака) в клинической практике // А. М. Лилля // Русский медицинский журнал. – 2009. – № 4. – С. 291.

Адрес для корреспонденции:

210009, Республика Беларусь,
г. Витебск, пр. Фрунзе, 27,
УО «Витебский государственный ордена
Дружбы народов медицинский университет»,
кафедра фармацевтической технологии
с курсом трансфера технологий,
e-mail: tarasovaelena82@mail.ru,
Тарасова Е. Н.

Поступила 11.05.2020 г.